FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927 — THÈSE N° 386

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Blanche-Fanny-Marguerite DUPLENNE

Née le 28 avril 1898 à Pont-Croix (Finistère)
Ancienne interne des Hôpitaux d'Angers
Lauréate de l'Hôtel-Dieu d'Angers (Prix d'Externat 1923)
Lauréate de l'Ecole de Médecine d'Angers (Prix Grimoux. Bactériologie 1923)
Attachée au service antivénérien de Maine-et-Loire
Interne de l'Hôpital Sadiki (Tunis)

ÉTUDE

SUR

LA TUBERCULOSE

CHEZ LES INDIGÈNES MUSULMANS EN TUNISIE

Président : M. L. BERNARD, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1927

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927 — THÈSE N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Blanche-Fanny-Marguerite DUPLENNE

Née le 28 avril 1898 à Pont-Croix (Finistère)
Ancienne interne des Hôpitaux d'Angers
Lauréate de l'Hôtel-Dieu d'Angers (Prix d'Externat 1923)
Lauréate de l'Ecole de Médecine d'Angers (Prix Grimoux. Bactériologie 1923)
Attachée au service antivénérien de Maine-et-Loire
Interne de l'Hôpital Sadiki (Tunis)

ÉTUDE

SUR

LA TUBERCULOSE

CHEZ LES INDIGÈNES MUSULMANS EN TUNISIE

Président : M. L. BERNARD, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE. BRANCA.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

386

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . .	Pathologie médicale.
AUBERTIN. .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRULÉ. . . .	Pathologie médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY. . .	Histologie.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC. . . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER .	Pathologie médicale.
GARNIER . .	Pathologie expérimentle
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE .	Anatomie.
I. de JONG . .	Anatomie pathologique
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU. . .	Pathologie chirurgicale
METZGER . .	Obstétrique.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
RICHET Fils. .	Physiologie.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VERNE. . . .	Histologie.
VELTER. . . .	Ophtalmologie

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
GOUGEROT .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale.

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALGLAVE . .	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.	LŒPER . . .	Clinique médicale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. .	Clinique obstétricale.	VILLARET . .	Clinique médicale.

V — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE, A MA TANTE

Témoignage reconnaissant de ma profonde affection.

A MON MARI

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT
DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

A MES CAMARADES D'INTERNAT
DE L'HOPITAL SADIKI DE TUNIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A Monsieur le Professeur LÉON BERNARD

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Laënnec
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Que nous remercions vivement de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS

A LA MÉMOIRE DE NOS DEUX PREMIERS MAITRES

M. LE PROFESSEUR MONTPROFIT
M. LE PROFESSEUR THIBAULT

A M. LE PROFESSEUR A. BOQUEL

Directeur de l'École de Médecine et de Pharmacie
d'Angers
Professeur de clinique obstétricale
à la Maternité d'Angers
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. BRIN

Professeur de clinique chirurgicale
Chirurgien-chef de l'Hôtel-Dieu d'Angers
Membre correspondant de la Société de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR D. DÉNÉCHAU

Professeur de clinique médicale
Médecin chef de l'Hôtel-Dieu d'Angers

A MM. LES PROFESSEURS MARTIN.

METZGER.

PAPIN.

TESSON.

TURLAIS.

THOUVENIN.

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour le précieux enseignement qu'ils ont su nous donner, et la bienveillante sollicitude qu'ils nous ont toujours témoignée.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL SADIKI (TUNIS)

Monsieur le Docteur R. BROC

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin-chef de l'Hôpital Sadiki

Qui fut pendant plus d'un an notre chef de service, nous inspira le sujet de cette thèse, et nous facilita grandement notre tâche en mettant à notre disposition ses intéressantes observations personnelles. Nous ne saurions trop remercier cet excellent Maître qui nous prodigua toujours ses conseils éclairés et bienveillants.

Madame le Docteur ROMME-BRUN

Ancienne interne des Hôpitaux de Paris
Chef du service de Médecine des Femmes
à l'Hôpital Sadiki

Dont nous eûmes l'honneur d'être également l'interne durant notre séjour à l'Hôpital Sadiki, et qui fut toujours pour nous près des malades les moins dociles, un admirable exemple de douceur, de patience et de bonté.

Monsieur le Docteur G. BRUN

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien-chef et Directeur de l'Hôpital Sadiki
Membre correspondant de la Société de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'honneur. Croix de guerre

En gage de notre profonde gratitude pour l'extrême bienveillance qu'il ne cessa de nous témoigner, et avec laquelle il nous accueillit toujours dans son service.

Nous prions, M. le Docteur Gobert, directeur du service d'hygiène en Tunisie, M. le Docteur Cassar, chef du service antivénérien à l'Hôpital civil français et à l'Hôpital Sadiki, M. le Docteur Masselot, médecin de l'Hôpital civil français, et M. G. Grandsire, chef des services administratifs de l'Hôpital Sadiki, qui nous ont fourni des renseignements et documents d'ordres divers, tous précieux pour cette thèse, de trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

ÉTUDE

SUR

LA TUBERCULOSE

CHEZ LES INDIGÈNES MUSULMANS EN TUNISIE

INTRODUCTION

Débarquant pour la première fois, en avril 1926, à Tunis, notre première cause de surprise était l'extrême douceur du climat, la limpidité de l'atmosphère et l'éclat du soleil en ce mois de printemps.

Quelques jours plus tard nous commencions notre internat à l'hôpital Sadiki, sous la direction de M. le Dr René Broc, médecin-chef de cet établissement.

N'ayant jamais connu au cours de nos années d'internat en France que des consultations d'importance moyenne, nous avons commencé par être vivement surprise du nombre immense de malades qui se pressaient à la porte de la salle d'examen. Un minimum de 120 indigènes, pour la plupart loqueteux et sales, attendaient l'arrivée du médecin.

Qu'allait nous révéler de nouveau comme pathologie exotique ce triste défilé de malheureux ?

Des syphilis, nombreuses, variées, telles que nos aînés devaient en voir voilà 30 ou 40 ans ; « Soultane », la maladie presque noble, que l'on avoue sans ambages, avec autant de facilités qu'un rhume chez nous ! Puis des paludéens, des malades suspects d'être porteurs de kystes hydatiques, et surtout une foule considérable de tuberculeux.

Tuberculose pulmonaire, lente ou aiguë, arrivée souvent à une période avancée et dont les malades s'effrayent pour la première fois.

Tuberculoses osseuses : Pott aux diverses périodes ; les uns presqu'au début de leur évolution et curables, d'autres avec des effondrements vertébraux marqués, l'un même, jeune enfant de cinq ans, revu depuis et incurable, porteur d'un effondrement vertébral tel que sa cage thoracique semblait écrasée. Inutile de dire que nombre de ces malades présentaient des abcès ossifluents.

Toutes les ostéo-arthrites tuberculeuses que nous pouvions rêver se trouvaient là : coxalgies, tumeurs blanches du genou, du cou-de-pied, de l'épaule, du coude, du poignet ; les unes au début, les autres fistulisées et entourées de linges répugnants. Puis ce fut le défilé des enfants et des adultes porteurs d'adénites. Enormes paquets ganglionnaires du creux de l'aisselle, volumineuses chaînes, carotidiennes surtout ; dans cette lamentable foule les enfants dominaient. Heureusement ces malades viennent plus souvent à temps que les autres, car cette lésion, au cou surtout, est visible ; ils peuvent donc être traités, ponctionnés si

besoin est,et guérir sans cicatrices vicieuses. Nous avons vu en cette première matinée peu de fistules de cette origine, et presque toutes chez des travailleurs des champs ou des nomades qui ne viennent à l'hôpital qu'en dernier ressort.

La multiplicité des fistules anales fut pour nous une cause de surprise ; un petit malade fut suspecté de péritonite tuberculeuse, et un enfant, émacié, toussant depuis des mois nous fut amené présentant des phénomènes méningés nets. L'origine en était peu douteuse, en raison de l'anamnèse, mais le père refusa de le laisser à l'hôpital. « S'il doit mourir, tu n'y feras rien. Allah le guérira s'il veut. » Mecktoub c'est écrit. Cette phrase traduite par l'auxiliaire médical a été la première révélation que nous ayons eue du fatalisme musulman, nous ne l'avons pas oubliée !

Au bout d'une semaine de consultations nous avons pu remarquer qu'il en était de même chaque fois, et que la tuberculose sous ses formes multiples représentait un des principaux fléaux de la Tunisie.

Frappée par l'antagonisme existant entre un climat semblant salubre et propice à des tuberculeux et le nombre considérable de ces mêmes malades, l'idée nous est venue de faire une étude sommaire de la tuberculose en Tunisie chez l'indigène musulman, et d'essayer d'en voir les causes ; nous nous efforcerons de chercher si elles ne se trouvent pas dans le genre de vie, les mœurs, l'hygiène, la nourriture de l'indigène, son vêtement, son logement toutes choses différant profondément des mœurs, de la vie, de la nourriture

et du logement européen. Nous tâcherons de voir au point de vue clinique qu'elles sont les formes les plus fréquentes, nous dirons deux mots de leur anatomo-pathologie, et enfin nous parlerons de la thérapeutique mise en œuvre pour essayer de lutter contre le fléau croissant. Thérapeutique qui se borne ici à trop peu de chose, l'hospitalisation des malades s'obtenant à grand'peine en raison de leur caractère. L'isolement de ceux-ci est très difficile pour cette cause et aussi, malheureusement parce que le nombre d'établissements réservés à la tuberculose est si restreint qu'on en peut à peine parler !

La France se doit d'entreprendre une lutte intensive contre ce mal qui lentement mine une race dont elle est la protectrice ; nous essayerons de montrer tout ce que le dévouement public et privé a tenté de faire, nous décrirons ce qui existe ici en ce moment et nous tâcherons de prouver qu'il reste beaucoup plus à créer encore. Nous nous efforcerons de montrer ce qu'il serait peut-être bon d'établir en premier, évoquant simplement l'idéal à poursuivre plus tard au point de vue de la prophylaxie et du traitement de la tuberculose, en essayant de faire cadrer le plus possible les institutions désirées avec le caractère musulman si différent du nôtre.

L'étude que nous allons tenter portera surtout sur la population masculine, la seule qui, plus instruite, ou tout au moins comprenant mieux ce que l'on désire, soit capable de conserver pendant une année la même fiche d'examen, où les remarques faites aux

consultations sont notées. Ces fiches ont permis l'établissement des statistiques incluses dans ces quelques notes.

Les femmes, à de très rares exceptions près, perdent les numéros de leurs fiches que l'on ne peut plus retrouver (ce qui a fait renoncer à leur en donner,) le compte rendu des radiographies et radioscopies et aucune statistique précise n'est possible aux consultations féminines.

La proportion des malades de ce sexe touchées par la tuberculose semble être au moins égale à la proportion des malades hommes atteints de la même maladie. La cause en est sans doute dans leur vie sédentaire. Recluses en leurs maisons elles ignorent la marche, tout exercice même modéré ; cela tout au moins chez les musulmanes riches qui sont atteintes peut-être avec plus de fréquence que les pauvres qui sortent hors de leurs demeures.

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Nous allons étudier à propos de la tuberculose pulmonaire, et cela parce qu'elle est la forme la plus répandue en Tunisie, les causes principales de l'extension rapide de la tuberculose en général dans ce pays, nous indiquerons simplement, s'il y a lieu, au cours de ce travail, en parlant de telle ou telle forme, les raisons plus particulières qui peuvent favoriser son développement.

Étiologie

Trouvons-nous dans la race Arabe un terrain particulièrement favorable à l'évolution de la maladie qui nous intéresse ?

L'état actuel des statistiques qui montrent un accroissement progressif et constant du fléau semblerait l'indiquer. Un fait pourrait paraître contradictoire : avant la pénétration européenne intensive, la tuberculose était à peu près inconnue en Tunisie.

Cela d'après le témoignage de personnes compétentes et autorisées, telles que M. le Dr Funaro venu en Tunisie bien avant l'occupation française, et qui parcourait

à ce moment le pays à la suite des troupes beylicales chargées de lever les impôts.

Cette contradiction n'est qu'apparente. Ainsi que le dit M. le Professeur Léon Bernard « partout on a vu l'introduction de la tuberculose suivre les échanges commerciaux, l'immigration des colons » et « ce sont les races indemnes qui lorsqu'elles sont envahies par le bacille offrent le plus de formes graves, rapidement mortelles ».

Que se passe-t-il donc en pareil cas ? que s'est-il passé ici et quelles sont les causes de ce changement ?

Toute civilisation européenne, ou plus justement toute civilisation avancée s'accompagne d'un bienfait : le travail ; d'un fléau : l'alcoolisme. Or le travail est pour les races orientales une obligation pénible et presque déshonorante « Mon père ne faisait rien pourquoi veux-tu que je travaille », nous disent-ils avec un étonnement non feint et un sérieux imperturbable.

Les classes riches vivent et se nourrissent normalement ; le pauvre travaillera pendant trois jours pour gagner les quelques francs nécessaires à sa subsistance du mois, et passera le reste du temps à la terrasse d'un café maure, dégustant lentement un verre de thé à la menthe ou de « caoua », impassible dans son burnous troué. La nuit venue, ce même burnous deviendra une couverture incomparable pour dormir à la belle étoile.

Cette race, paresseuse par nature même, s'est vue obligée de par notre occupation de travailler, et l'obligation du labeur presque quotidien commence à se faire sentir de façon plus impérieuse chez beaucoup.

Toute une foule d'Arabes évolués, intelligents remplissent les fonctions les plus diverses, ce n'est évidemment pas de ceux-là que nous voulons parler, mais de l'indigène non éclairé qui ne veut pas comprendre que la vie a changé pour tous et qui par indolence transforme le gain de quelques jours en subside mensuel ; ce qui lui permet tout juste de ne pas mourir de faim.

Cette nécessité du travail, qui est un bien, s'accompagne malheureusement d'alcoolisme.

Le vrai croyant ne doit boire ni vin ni alcool. De fait beaucoup d'Arabes boivent, non seulement la traditionnelle Boukhra ou eau-de-vie de figues, mais nos vins français et nos alcools, et les cirrhoses atrophiques alcooliques, inconnues voilà quelques années, commencent à apparaître.

Nul n'ignore que l'alcool est un terrible préparateur pour la tuberculose, en raison de l'état de moindre résistance où il place l'organisme ; et la race arabe n'est pas suffisamment robuste par elle-même pour supporter sans dommage un agent destructeur qui a miné des races beaucoup plus vigoureuses.

Les causes profondes, initiales de cette faiblesse sont en effet dans la manière de vivre de l'indigène, et lorsque nous l'aurons étudiée d'un peu près, nous comprendrons encore mieux la proie facile que peut être le Tunisien pour la tuberculose. Pénétrons dans une maison arabe de classe très moyenne ou pauvre.

Sur une rue large d'un mètre parfois se trouve une porte étroite donnant accès à un petit vestibule, puis c'est le patio, cour carrée plus ou moins spacieuse où

s'ouvrent toutes les chambres ; celles-ci n'ont pas de fenêtres, elles ne reçoivent d'air et de lumière que par la porte, et celle-ci se trouve fermée par un morceau d'étoffe au tissage plus ou moins serré.

Cette disposition, excellente contre le soleil, a l'immense inconvénient de laisser peu d'air pénétrer dans ces pièces, et d'autre part celles-ci servent d'abri à de multiples occupants.

Deux ou trois lits par chambre, parfois une ou deux nattes supplémentaires et dans ces lits deux ou trois enfants dormant avec les parents ! Nous ayons vu certaines pièces étroites, sans lumière et sans air donner asile à huit ou neuf personnes dont au moins un enfant ! parfois, si c'est un nourrisson sous le lit dans une caisse. L'hiver la porte est hermétiquement close et la pièce chauffée au kanoun (réchaud de terre contenant des braises), les intoxications par l'oxyde de carbone quoique peu fréquentes se voient néanmoins. Les indigènes les attribuent à ceci : le bois qui asphyxie aurait été mordu par un serpent, un naja, et son venin s'évaporant avec la fumée cause les troubles que nous savons.

L'été, au contraire, couchant à même le sol dans les pièces, sur les dalles du patio ou sur les terrasses, ils ont froid, car la température devient beaucoup plus basse vers deux heures du matin. Les maisons arabes sont très souvent humides, leur sous-sol étant formé de terrains pris sur le lac de Tunis.

Nous avons parlé des maisons donnant sur des rues purement arabes. Celles qui se trouvent dans les quar-

tiers européanisés n'ont pas un meilleur sort. Les constructions européennes construites en général depuis peu enlèvent les trois quarts de la lumière dont pourraient bénéficier ces petites bâtisses carrées qui semblent écrasées par les immeubles à trois ou quatre étages les entourant. Les rues prises en avion donnent l'impression de caves enfoncées entre les immeubles européens ! Le plancher de ces soi-disant caves n'est autre que les terrasses des maisons arabes.

Comment s'étonner après cela que la tuberculose lorsqu'elle atteint un des membres de la famille les frappe tous l'un après l'autre ?

Cela d'autant mieux qu'il est impossible de faire comprendre à un Arabe que cracher à terre est dangereux ! Le sol battu qui dans toutes les maisons pauvres constitue le plancher est un réceptacle de germes dangereux pour les jeunes enfants qui se traînent sur lui. De plus les indigènes ont l'habitude de manger par terre, accroupis sur de toutes petites tables, ou sans tables, avec des cuillers de bois et des ustensiles de ménage qui tombent souvent sur le sol. Ils peuvent donc respirer et déglutir de nombreux bacilles tuberculeux du fait même de leur genre d'existence.

Considérons maintenant la vie des étudiants venus de province et qui couchent dans les Médersahs annexées aux mosquées. Le mal n'est pas moins grand.

Autour de la cour centrale, fort belle parfois avec ses sveltes colonnes de marbre, s'ouvrent de nombreuses chambrettes étroites, en principe pour un étudiant, en réalité pour cinq ou six ainsi que l'attestent les cou-

chettes superposées comme dans une cabine de paquebot, et l'aveu même des occupants. Et il ne peut en être autrement à Tunis 20 Medersahs de 400 chambres reçoivent 2.000 étudiants !

Les ouvriers ont une vie analogue ; une chambre destinée à 4 ou 5 les accueille dans une oukala, sorte d'auberge fort mal tenue, où, parqués sur des nattes plutôt que couchés ils passent les nuits parfois étouffantes de l'été tunisien. Ils n'ont même pas la maigre satisfaction de sentir l'air devenir plus frais vers le matin, car l'atmosphère de ces salles devient irrespirable.

Une nourriture saine viendra-t-elle modifier cet état de choses ? Non. Composée de piments de viandes extrêmement cuites, de kouskous épicé elle est en somme peu réconfortante. L ouvrier se contente même souvent pour tout repas d'un morceau de pain creusé en forme d'assiette, où baigne dans l'huile quelques olives et un morceau de piment.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que de l'Arabe des villes, le Bédouin ou paysan n'a pas un sort plus enviable. Brûlé de soleil le jour, ayant froid parfois la nuit, mal nourri, travaillant péniblement, il est une proie facile pour la tuberculose, pulmonaire surtout. Le nomade qui suit ses troupeaux et dort sous la tente n'est pas plus heureux, non moins mal nourri que le paysan sédentaire il est rendu moins résistant encore par sa vie sous la tente, dans des conditions d'hygiène lamentables, il est à la merci d'une de ces pluies torrentielles auxquelles rien ne résiste et qui ont vite fait de transformer en marécage le sol sur lequel repose sa

tente. Les occupants trempés jusqu'aux os n'ont que le kauoun pour se réchauffer ensuite.

Le climat tunisien en effet est sujet à de brusques variations, en hiver surtout, et les feuilles des bulletins météorologiques qui marquaient la veille 24° à l'ombre marquent souvent le jour même 10 à 12 degrés.

Race non habituée au travail par atavisme, mal nourrie dans la classe pauvre ou paysanne, mal logée, ou vivant sous la tente, décimée par l'alcool, parfois opposant aux sages avis son fatalisme tout oriental, elle est une proie aisée pour la tuberculose pulmonaire et pour toutes les manifestations tuberculeuses.

La classe aisée qui résisterait mieux au mal parce que plus vigoureuse, trouve dans ses domestiques une cause de contamination. De plus les femmes indigènes riches, recluses, souvent tuberculeuses forment un foyer de menace au sein même de la maison.

Formes cliniques.

Nous passons volontairement sous silence les symptômes qui sont identiques à ceux observés en Europe. L'anatomie pathologique ne nous retiendra pas longtemps, non plus nous en dirons seulement deux mots, avant de passer à l'étude des formes cliniques, vrai sujet de ce chapitre. Nous verrons tout à l'heure que toutes les formes de tuberculoses pulmonaires se rencontrent en Tunisie, il en résulte que toutes les lésions pulmonaires se découvrent à l'autopsie, depuis le stade d'infiltration simple, jusqu'au stade caverneux et l'on

rencontre des spélonques de toutes dimensions, grosses comme un pois, ou volumineuses comme un œuf. On découvre également des formes granuliques, et à tendance fibreuse. Les autopsies sont plus rares que nous ne le voudrions, les indigènes manifestant une certaine répugnance pour un acte dont ils ne comprennent pas l'utilité. Ceci posé parlons maintenant des formes de la tuberculose pulmonaire rencontrées le plus fréquemment chez les indigènes tunisiens. Nous parlerons en effet des principales seulement, puisque toutes peuvent se voir.

L'enfant étant souvent infecté dans son jeune âge et résistant parfois, une des formes les plus communes est la forme ulcéro-caséeuse extensive par surinfection.

Nous voyons d'ailleurs rarement les malades au début de leur réinfection. Ceux-ci ne se soucient peu, pour la plupart du léger fléchissement de leur santé générale et ne prêtent qu'une attention médiocre à l'expectoration minime du début. Lorsqu'au bout de trois ou quatre mois l'indigène voit se prolonger cet état, lorsqu'il s'aperçoit qu'il maigrit, que chaque soir ramène une température élevée et que la nuit il est couvert de sueur, il commence à s'effrayer et vient consulter.

Un traitement approprié lui donne l'illusion de la guérison, il se croit hors de danger et ne revient plus, cessant tous soins jusqu'à ce qu'une nouvelle poussée évolutive vienne lui rappeler à la fois son mal et le chemin de l'hôpital. Il est donc très difficile de suivre ces malades à de rares exceptions près. Les formes lentes se rencontrent fréquemment et nombre de vieux indi-

gènes sont porteurs de lésions fibreuses à évolution extrêmement lentes.

Ceci pour les adultes. Les enfants présentent eux des formes en général rapides et, la mauvaise hygiène aidant, la mortalité infantile par tuberculose pulmonaire est considérable.

Les adultes présentent eux aussi des formes aiguës ; l'élément nègre, ou croisé de nègre, si important en Tunisie présente une facilité remarquable d'imprégnation par le bacille de Koch. Ces malheureux vivant au sein des familles aisées, comme domestiques assez souvent, sont une cause de contagion pour le reste de la maison.

Ces formes aiguës peuvent être divisées en deux catégories.

Celles à évolution rapide dès le début ; formes que nous ne pouvons affirmer qu'au cas où le malade entré à l'hôpital avec des signes insignifiants, évolue en quelques semaines sans surveillance médicale ; et les formes à évolution granulique terminale. Les cafetiers, les propriétaires de Foudouks, nous conduisent souvent des indigènes qui, malades depuis de longs mois, voient se précipiter les phénomènes morbides.

Il ne faut accueillir également leur dire qu'avec circonspection, car l'indigène vous affirmera être très malade seulement depuis huit jours, n'avoir « jamais toussé avant cette dernière semaine », et au cours d'un examen stéthoscopique approfondi vous révélera une caverne ancienne.

Nous ne parlons donc ici que des malades tubercu-

leux suivis à la consultation depuis des mois, et parfois des années et qui, brusquement, font une granulie terminale, que l'évolution, lente jusque-là, ne permettait pas de prévoir. Toutes les formes sont possibles avons-nous dit. Voyons maintenant quelles sont les principales associations que nous rencontrerons.

Dans une région telle que celle-ci où le paludisme est fréquent nous pouvons nous demander quel va être le résultat de l'association paludisme et tuberculose, puis étendant notre étude aux principales maladies du pays nous poser la même question pour la syphilis qui est, elle aussi, un des grands fléaux tunisiens, et voir enfin quelle répercussion peuvent avoir sur un terrain tuberculeux le typhus et la variole. Nous aurons ainsi passé en revue les principales maladies que nous sommes susceptibles de trouver ici, associées à celle qui fait l'objet de cette étude. Nous terminerons en disant un mot des anémies par ankylostomiase et des dysenteries en tant qu'agents dépresseurs de l'organisme.

Baudin supposait que le paludisme et la tuberculose s'excluaient l'un l'autre, Nicolas nie cet antagonisme, et nous avons vu ici, personnellement des malades paludéens chez lesquels la tuberculose évoluait normalement. On constate néanmoins que cet organisme débilité n'offre pas une prise aussi facile qu'on pourrait le croire au mal dont nous parlons. L'association, syphilis et tuberculose, donne souvent lieu en France à des formes fibreuses. En Tunisie la syphilis est peu sclérosante et n'aime pas les viscères. Les aortites, les né-

phrites interstitielles sont rares, les anévrismes aortiques à peu près inconnus.On trouve ici plutôt des manifestations osseuses ou cutanées de sorte que la tuberculose évolue fréquemment chez les syphilitiques sous la forme ulcéro-caséeuse. L'état pulmonaire des malades se trouvait autrefois aggravé par le traitement mercuriel ou ioduré, et actuellement nous assistons souvent à des poussées congestives et hémoptoïques sous l'influence des arsenicaux. L'association, tuberculose et syphilis, est d'un pronostic en général mauvais, car cette dernière donne un coup de fouet à l'évolution, et le traitement anti-syphilitique n'est pas favorable à la tuberculose.

Cependant la syphilis ne paraît pas prédisposer particulièrement à l'imprégnation par le bacille de Koch chez les individus indemnes, elle semble seulement favoriser son développement chez les indigènes déjà touchés.

Le typhus ne semble pas non plus frapper de préférence les tuberculeux, mais il les frappe plus durement qu'un homme sain. Cette maladie s'accompagne fréquemment de congestion pulmonaire, et limitant le champ respiratoire, déjà réduit, elle a souvent dans ce cas une issue fatale. Typhus et tuberculose unis, présentent une forme particulièrement grave.

Nous avons eu ici, à l'hôpital Sadiki, un malade atteint de typhus au cours de l'épidémie de 1926. Les manifestations pulmonaires étaient telles que, pendant deux jours nous avons pensé à une congestion pulmonaire simple ou à une pneumonie. Température élevée,

en plateau aux environs de 40 degrés, crachats rouillés. Seul l'état d'extrême prostration du malade, sa céphalée intense et l'idée d'épidémie alors en cours, nous ont fait poser le diagnostic de typhus probable, à forme pulmonaire prédominante. Le laboratoire devait démontrer le bien fondé de cette opinion. Quelques craquements entendus au sommet gauche se trouvèrent expliqués à l'autopsie par une zone tuberculisée assez considérable. L'association citée plus haut avait été là particulièrement néfaste.

La variole, fréquente dans ce pays est une cause de prédisposition à la tuberculose. Landouzy signale cette sensibilité particulière, et nous voyons ici qu'elle favorise tout spécialement les localisations osseuses du bacille de Koch chez les enfants. Il est inutile de dire qu'elle est particulièrement meurtrière chez les indigènes déjà contaminés.

Les anémies par ankylostomiase et la dysenterie en mettant l'individu en réel état de moindre résistance favorisent, non l'apparition, mais l'évolution plus rapide d'une tuberculose déjà en cours.

Voyons maintenant dans quelles proportions la tuberculose pulmonaire frappe les indigènes musulmans.

En 1922, sur 8.000 malades nouveaux, hommes qui se sont présentés à la consultation de Sadiki 315 étaient atteints de tuberculose pulmonaire ; soit 3,93 %. Ces chiffres sont au-dessous de la vérité certainement car nous n'avons étiquetés comme tels que les Arabes chez lesquels le diagnostic était certain. Sur 215 malades

dont les fiches portaient : bronchite chronique suspecte, asthme, emphysème beaucoup étaient certainement tuberculeux et un nouvel examen pratiqué plus minutieusement dans une salle absolument silencieuse en aurait dépisté quelques-uns.

En évaluant à 2 % de plus le nombre de ces malades nous n'exagérons rien. Voilà donc porté à 6 % le nombre des tuberculeux pulmonaires. Si nous comptons pour 1 % les formes combinées aux manifestations osseuses, péritonéales, ganglionnaires nous sommes très modérés et voilà notre chiffre atteignant 7 %. Nous verrons tout à l'heure qu'en y joignant les 3 % d'autres tuberculoses confirmées nous atteignons le rapport énorme de 10 %. En 1926, sur 9.700 cas nouveaux venus à la consultation, nous comptions 400 tuberculoses pulmonaires, soit 4,12 % au lieu de 3,93 % de 1922, le nombre des autres formes étant de 510 donnent une proportion de 55,2 % au lieu de 3 % ! Et nous n'avons là que des chiffres absolus, nous arriverions certainement à dépister d'autres malades. Le mal croît donc beaucoup et la situation est grave.

Voyons maintenant quels sont les âges les plus frappés.

Sur 203 malades nous notons 30 sujets de 0 à 15 ans, 89 de 15 à 30 ans, 52 de 30 à 40 ans et 32 de 40 à 70 ans. Un cas chez un vieillard de 70 ans. Il ne faut d'ailleurs pas attacher une importance absolue à une statistique d'âge car les indigènes ignorent souvent celui-ci à quelques années près. Ces quelques chiffres donneront néanmoins l'indication suivante : ce sont les adolescents

et les individus très jeunes qui sont le plus frappés.

Les nourrissons et les enfants en bas âge sont amenés par les femmes, et conduits à la consultation réservée à celles-ci, ou dirigés un jour par semaine sur une consultation spéciale que M. le Dr Brun, directeur de l'hôpital Sadiki a bien voulu nous confier. Toute statistique y est impossible ainsi que nous l'avons fait remarquer quelques pages plus haut.

L'étude des professions des malades est non moins intéressante. Elle nous montre que 183 journaliers, 28 écoliers, 26 étudiants, 11 gardiens, 8 bergers, 7 tisserands, 5 cordonniers, 4 jardiniers, 4 tailleurs, 4 cafetiers, 4 boulangers, 2 charretiers, 1 facteur, 1 notaire et 1 domestique de son Altesse le Bey étaient touchés sur une série de 285 malades. Le seul mérite que puissent avoir ces nombres est de montrer la proportion considérable de journaliers atteints. Ceux-ci ne sont autres que ces indigènes dont nous parlions au début de cette étude ; qui sont sans profession définie, sans domicile fixe, nourris au hasard du travail et de la bonne aubaine, et qui sont à la fois une proie aisée et un foyer de dissémination future pour la tuberculose.

Tout individu de la classe pauvre qui n'a pas un travail déterminé, portant un salaire fixe et suffisant a 50 chances pour 100 au moins de contracter la tuberculose au cours de sa vie. D'où utilité au point de vue prophylactique des écoles professionnelles dont nous parlerons plus loin, et qui sont seules capables de donner aux indigènes le moyen de gagner leur vie et les

habitueront peu à peu à une conception rationnelle du travail.

Les écoliers sont dans des écoles sans air et nous avons parlé de l'entassement des étudiants dans les Medersahs. Une visite méticuleuse de ces bâtiments serait indispensable au point de vue médical et nous reviendrons aussi sur cette idée. Remarquons dans cette statistique la présence de bergers, de Fellahs ou cultivateurs ; leur nombre peut sembler minime, si nous voulons nous rendre compte que ces hommes viennent souvent de fort loin il nous révélera une atteinte marquée des populations du Bled.

Nombre de médecins de colonisation confirment le fait ; en particulier M. le Dr Poirson, le regretté praticien de Medjez el Bab qui, depuis 20 ans, exerçait dans la même région de Tunisie. Il se déclarait épouvanté de l'extension rapide de la tuberculose, et là sans que l'alcool puisse être incriminée, car le Bédouin ignore vins et liqueurs. Une étude complète de la pénétration de la tuberculose dans des régions qui semblaient être indemnes et se révèlent maintenant comme contaminées, telles les oasis confinant au désert, serait extrêmement intéressante, elle serait par contre d'une extraordinaire difficulté.

Quels sont les traitements mis en œuvre pour soigner ces malades ?

Disons de suite qu'ils sont des patients bien difficiles à traiter. Avec eux pas de mesure : ils exécuteront avec une fidélité exemplaire ce que vous leur

avez ordonné de faire, ou se soucieront fort peu de vos prescriptions. Heureux dans ce cas lorsqu'ils n'absorbent pas en une fois la potion délivrée pour trois ou quatre jours ou qu'ils ne la placent pas, par un excès contraire sur une étagère où elle va rejoindre d'autres remèdes dédaignés, parce qu'ils n'ont pas soulagé en une heure un mal remontant à plusieurs mois. Ces remèdes sont fournis gratuitement à la consultation, et il y a forcément quelques malades qui ne comprennent pas le réel sacrifice imposé pour leur donner un peu de soulagement.

Les tuberculeux pulmonaires hospitalisés sont naturellement soignés selon les règles de la thérapeutique européenne.

En compulsant les dernières fiches de ces malades nous avons constaté que sur 373 tuberculeux pulmonaires 276 d'entre eux étaient atteints de formes bilatérales, parmi lesquels 25 porteurs de cavernes multiples bilatérales ; 52 seulement paraissaient atteints d'un seul côté.

Nous avons admis tous les unilatéraux qui ont bien voulu entrer à l'hôpital, et cela en vue d'un pneumothorax artificiel, mais une trentaine ont dû être éliminés après radiographie, l'autre poumon n'étant pas indemne ; 20 environ étaient atteints de pleurésies séro-fibrineuses et 25 avaient présenté des hémoptysies. Celles-ci sont un accident très favorable au point de vue médical car en effrayant le malade elles l'incitent à se présenter à la consultation, alors que le mal n'est pas encore à un stade trop avancé.

La proportion de malades pour lesquels un pneumothorax sera utile est donc minime.

Le pneumothorax artificiel donne-t-il ici de bons résultats ?

Il en donnerait d'excellents si les malades avaient la patience de continuer le traitement.

Chez ceux qui acceptent d'être soignés ainsi, l'amélioration rapide, la diminution de la fièvre, de la toux, la reprise de l'appétit, au lieu de leur donner le désir de poursuivre une cure si bien commencée leur fait croire à la guérison et les incitent souvent à quitter l'hôpital.

Nous citerons ainsi une malade de M. le Dr Broc atteinte d'une tuberculose cavitaire, centrale, bien décollée au bout de trois insufflations, chez qui l'état général s'était considérablement amélioré et qui a abandonné son traitement à ce moment. Un homme de Thala, cavitaire, avec poumon décollé à la première insufflation qui, au bout d'un mois, quittait l'hôpital sans rien vouloir entendre.

Un journalier de Tunis, cas personnel celui-là, qui présentant une vaste lésion cavitaire gauche, et ayant ce poumon bien décollé à la deuxième insufflation, a profité du mieux sensible qui se manifestait chez lui pour ne plus revenir pendant deux mois. Au bout de ce temps, maigrissant à nouveau, toussant, il reprenait le chemin de l'hôpital. Le poumon n'était plus comprimé, la lésion avait évolué, des adhérences s'étaient formées. Deux mois de patientes et hebdomadaires insufflations furent nécessaires pour les vaincre.

Les malades, se rendant compte de leur erreur, re-

viennent en général vers le mode de traitement qui les a soulagés. Il est malheureusement trop tard souvent. Néanmoins deux indigènes suivent régulièrement ce que nous leur ordonnons. Le journalier cité plus haut et une fillette de six ans que sa sœur nous conduit toutes les fois qu'il est nécessaire depuis six mois. Leur persévérance est d'autant plus méritoire que sur 21 malades chez lesquels le décollement avait été total 11 ont abandonné le traitement à la première insufflation, 2 après la seconde, 7 après la troisième, 1 seul eut la patience d'attendre la dix-septième pour ne plus revenir.

Les pleurésies consécutives aux pneumothorax, rares tant que les malades restent à l'hôpital au repos, se produisent rapidement dès que ceux-ci le quittent ; en raison sans nul doute de la fatigue, du manque d'hygiène, et des causes de refroidissement.

Ces pleurésies ont d'ailleurs un résultat excellent, elles entretiennent le pneumothorax et ont ainsi rendu possibles des réinsufflations qui n'auraient pu être tentées.

Dans les deux cas, les seuls que M. le Dr Broc puisse considérer comme guéris depuis cinq ans, elles ont en se résorbant provoqué une symphyse pleurale totale, avec rétraction de la paroi et guérison de la lésion tuberculeuse constatée cliniquement et radiographiquement.

Ces malades ont repris leurs occupations : l'un est employé à la direction des finances, l'autre étudiant à la grande mosquée.

Ces statistiques comparées à celles de France ou de Suisse montrent qu'il faut se méfier des résultats possibles d'une méthode nouvelle en ce pays, car la mentalité diffère essentiellement de la nôtre ; d'ici quelques années grâce aux écoles, la population étant plus éclairée comprendra mieux peut-être et se laissera soigner comme il convient.

Tant que des établissements ne seront pas créés, conformément à la mentalité indigène pour hospitaliser longtemps ces malades les résultats seront à peu près nuls.

TUBERCULOSE OSSEUSE

Sur 910 cas nouveaux de tuberculose constatés à la consultation de 1926 nous avions 173 tuberculoses osseuses. Le nombre des malades vus pour la première fois au cours de cette année étant de 9.700 nous avons donc une proportion de 178 % de tuberculoses osseuses confirmées, soit sur 26 malades atteints de cette affection 5 présentant une forme osseuse.

La proportion est moins grande évidemment que pour les lésions pulmonaires, elle demeure considérable néanmoins et impressionnante. Si l'on veut bien se souvenir que les ostéo-arthrites de cette nature sont en général une forme curable, quand les malades qui en sont porteurs viennent bien entendu chercher, lorsqu'il en est temps encore, un remède à leurs souffrances; nous nous trouvons là en présence de toute une série d'individus dont la plupart devraient guérir. Nous montrerons plus loin qu'il n'en est malheureusement pas ainsi, et nous chercherons les raisons de ce demi-succès. Disons de suite que nous les trouverons d'une part dans leur mentalité même, d'autre part dans le manque d'établissements créés à l'usage de ces malades. Nous développerons ces idées en leur temps.

Avant toutes choses voyons les formes les plus fréquemment rencontrées par nous.

Nous voyons à la consultation de Sadiki un nombre considérable de maux de Pott, surtout dorso-lombaires, très peu de cervicaux. Peu de ces malades nous sont amenés au début, alors que le mal était vraiment curable sans crainte d'échec. Les douleurs légères, les raideurs anormales du rachis les inquiètent peu ; ils viennent en général consulter quand des abcès ossifluents les gênent par compression ou les impressionnent par leur volume, quand une gibbosité angulaire s'accentue trop, et nous voyons nombre de ces malades arriver ici au stade paraplégique ou porteurs de fistules. Ils auraient une excuse si, vivant à la campagne, loin de tout centre et de tout médecin ils n'avaient pas pensé à l'utilité de venir plus tôt, mais ils sont le plus souvent de Tunis même, et ils savent fort bien venir consulter pour une chose insignifiante : contusion minime, grippe légère, on comprend donc mal leur abstention qui n'est motivée que par leur indolence.

Nous voyons aussi beaucoup de tumeurs blanches du coude, du genou, du cou-de-pied et beaucoup de coxalgies.

Les tumeurs blanches du coude nous arrivent en général dans un lamentable état, fistulisées de tous côtés, avec l'avant-bras ankylosé en attitude vicieuse, atrophié, inapte à tout service ultérieur et à tout traitement. Le plus souvent l'amputation est le seul remède, ils s'y résignent avec peine, comprenant difficilement l'utilité de faire disparaître un membre.

Les porteurs de tumeurs blanches du genou viennent en général plus vite chercher un remède à leur mal. En effet toute marche leur est pénible et ils réalisent assez vite que ni les prières du marabout ni les versets du Coran écrits sur l'articulation malade ne sont capables de lui rendre sa souplesse et son fonctionnement normal.

Ils viennent donc plus vite vers un médecin et il en est de même pour les malades porteurs d'une ostéo-arthrite de l'articulation tibio-tarsienne.

Nous voyons nombre d'enfants et d'adultes venir consulter à un stade assez peu avancé de leur lésion.

Nous parlons bien entendu des habitants des villes qui, déjà plus instruits, sont plus aptes à comprendre les nécessités d'un traitement précoce.

Les Bédouins, eux, traitent la chose par l'indifférence et il nous souvient de jeunes malades venus ici avec des pieds globuleux, fistulisés en cinq ou six endroits, terminant une jambe atrophiée, et dans un tel état que le diagnostic hésitait entre plusieurs affections. Le laboratoire seul en pareil cas peut départager la syphilis, les mycoses et la tuberculose. Les surprises sont grandes parfois : tel malade pris pour une tuberculose est porteur d'un pied de Madura, tel autre, un enfant de 12 ans dont les orteils semblaient détruits par une lésion syphilitique nous révèle après réaction de Bordet-Wassermann négative, traitement d'épreuve au novarsénobenzol sans résultat, une tuberculose cutanée que décèle l'examen de laboratoire.

Les ostéo-arthrites coxo-fémorales, par la claudica-

tion qu'elles entraînent assez rapidement, par la difficulté qu'elles apportent à la marche, par les douleurs irradiées le long de la cuisse, effrayent assez vite les malades qui viennent consulter, et nous voyons souvent des jeunes enfants de Tunis qui nous sont conduits uniquement pour : douleur au niveau du genou. Il nous souvient de deux jeunes malades venus à Sadiki en février dernier pour douleurs au niveau du genou, l'un droit, l'autre gauche, douleurs qui avaient commencé à se manifester cinq ou six semaines avant la venue des enfants à la consultation.

Après examen sérieux nous avons constaté chez les deux petits malades un blocage de l'articulation coxo-fémorale, beaucoup plus marqué chez l'un que chez l'autre d'ailleurs et nous avons envoyé les enfants à la radiographie. Plusieurs épreuves ont été nécessaires pour arriver à un résultat. Les dernières nous ont montré chez l'un des enfants une décalcification légère de la tête et de la cavité cotyloïde, chez l'autre une ulcération minime de la tête fémorale. Les malades viennent donc parfois à temps.

Les ostéites costales sont aussi fréquentes, mais elles nous arrivent souvent tard, fistulisées et chez des malades en mauvais état général.

Quel traitement opposons-nous à ces formes osseuses ?

Notre thérapeutique voudrait ne pas dévier de celle employée en France, mais elle en est parfois obligée.

Nous rencontrons d'abord toute une classe de malades incurables, Pott avec gibbosité marquée, paraplégie, abcès ossifluents fistulisés ; état général lamen-

table ; tumeurs blanches transformant un genou ou un coude en une éponge, d'où le pus sourd à chaque pression, pieds dans le même état, articulations coxo-fémorales bloquées en attitude vicieuse et autour desquelles rayonnent des trajets fistuleux.

Chez les malades porteurs d'ostéo-arthrites du genou, du cou-de-pied, du poignet et du coude, nous avons la ressource de l'amputation, elle est acceptée si tard parfois, que le malade succombe dans les jours suivants, épuisé par la cachexie suppurative.

Nous sommes désarmés devant les indigènes présentant des maux de Pott impossibles à traiter, des tumeurs blanches de l'épaule ou de l'articulation coxo-fémorale à un stade trop avancé. Un hospice serait indispensable pour les recueillir.

Les plâtrer serait une lourde faute qui écarterait d'un raitement rationnel une foule de malades curables.

Ici il faut agir vite et ne pas oublier que le médecin qui guérit un abcès d'un coup de bistouri est un grand « t'bib » mille fois supérieur au praticien qui tente et réussit une cure longue et difficile.

L'évolution tuberculeuse ne s'arrêtant que difficilement chez des malades parvenus à un stade aussi avancé, ceux-ci succombent dans une grande proportion à la cachexie ou du fait des métastases pulmonaires. Vous êtes accusé de n'avoir pas su le soigner et la confiance de la famille vous est retirée, vous perdez d'ailleurs en même temps celle des parents et des amis.

Mieux vaut tenter de sauver les malades curables que de s'acharner sur des cas dispersés où la théra-

peutique et l'orthopédie ne peuvent rien. Le mieux en pareil cas est de prévenir la famille et d'essayer de remonter le malade au point de vue de son état général.

En Tunisie plus qu'en France il est bon de méditer le vieux proverbe : « Il faut savoir faire la part du feu. »

Ces cures à l'issue plus qu'incertaine pourront être tentées quand la Tunisie possédera des établissements adéquats où le médecin pourra travailler comme il lui plaira, exercer une surveillance active et suivre ses malades.

Heureusement tous les cas ne sont pas incurables ou presque et ainsi que nous le disions tout à l'heure nombre de formes sont traitables.

Nous allons étudier ici un peu en détail les difficultés rencontrées par le traitement orthopédique qui nous intéresse tout spécialement, et les quelques satisfactions qu'il réserve néanmoins.

On nous avait fait au début de notre internat ici un épouvantail de ces mots : « Les malades ne garderont pas leurs appareils ». Nous avons voulu tenter la lutte et nous avons constaté que 1 sur 15 des malades seulement faisaient sauter leurs appareils dans les jours qui suivaient son application. Bien mieux, certains sont venus *d'eux-mêmes* redemander qu'on veuille bien refaire l'appareil coupé par eux les jours précédents et qui les avait soulagés ! Ils ont gardé ce deuxième appareil et sont revenus le faire remplacer.

Citons simplement deux cas :

Celui d'un jeune bédouin qui, porteur d'une lésion

pottique sous-occipitale avec abcès ossifluent fusant le long de la sterno-cléido-mastoïdien droit ressentait de si vives douleurs qu'il devait soutenir sa tête dans le creux de sa main pour les calmer. Nous lui avions posé une fronde plâtrée, deux jours après ne souffrant presque plus l'enfant, âgé de 12 ans, avait réussi à l'enlever. Les douleurs redevinrent si vives en quelques heures que le lendemain notre petit malade nous demandait en grâce de lui remettre cette fronde.

Elle fut conservée par lui sans difficulté et il est reparti depuis dans son lointain village muni d'une lettre, demandée par la famille, et destinée à renseigner le médecin de colonisation sur les lésions trouvées radiographiquement. Un nouvel appareil devant être posé par ce praticien du bout de six mois. Le deuxième cas est celui d'une fillette de quatre ans à qui sa mère avait enlevé son appareil au bout d'une quinzaine de jours. L'enfant porteuse d'un Pott dorso-lombaire assez accentué, et qui se fatiguait vite, pleurant au moindre attouchement au niveau des vertèbres lésées, était devenue beaucoup plus calme à la suite de la pose d'un corset plâtré. Son ablation ne tarda pas à être suivie d'une recrudescence des symptômes cités plus haut, tant et si bien que lassée la mère est revenue un beau jour demander que l'on veuille bien reposer un nouvel appareil à son enfant.

Voilà quelques mois de cela puisque j'ai moi-même posé un troisième appareil en avril. La mère nous conduit d'ailleurs fidèlement sa fille à chaque consultation d'enfants. Les Arabes semblent donc accepter, de

mieux en mieux nous l'avons constaté, un traitement orthopédique ; il plaît pourtant peu à leur nature car il est long et les difficultés viennent de là. Ils admettent bien la pose d'un appareil pour mal de Pott pour articulation de l'épaule, du coude, ils les gardent souvent, parce qu'ils permettent une vié relativement active. Condamner un indigène à un ou deux ans de station couchée pour un mal de Pott est à peu près impossible, il faut déjà beaucoup de persuasion pour obtenir six ou huit mois de lit.

Nous avons remarqué qu'il était nécessaire pour les tumeurs du genou d'abandonner au bout de six mois le grand appareil allant de la ceinture aux orteils pour se résigner à employer celui immobilisant seulement le genou et l'articulation tibio-tarsienne. Cela n'est pas très rationnel mais le malade pouvant s'asseoir supportera désormais le traitement sans répugnance. En insistant trop, en obligeant à la pose d'un second grand appareil on risquerait de compromettre, une docilité qui doit durer de longs mois encore.

Et c'est pourquoi nous avons tant de difficultés à faire accepter aux malades un appareil pour coxalgie, celui-ci interdisant pendant tout le traitement la station assise. Les malades arrivent néanmoins à se convaincre de plus en plus de l'utilité d'un tel traitement et le nombre des indigènes venant avec la ferme résolution de suivre les conseils médicaux ne fera que croître. Il suffit d'un enfant ou d'un homme guéri pour que tous les Arabes de la rue qu'il habite arrivent à l'hôpital chercher un terme à leurs souffrances et nous avons

entendu un Arabe devant entrer ici ces jours prochains nous répondre, alors que nous lui annoncions l'obligation pour lui de porter pendant de longs mois un corset plâtré : « Je sais ce que c'est, tu en as mis un au fils de mon voisin. »

Les indigènes sont parfois de grands enfants et une tentative heureuse peut en décider beaucoup à se faire soigner.

Les résections du genou sont assez rares, elles deviendront plus fréquentes le jour où les malades venus à temps pourront être suivis avec soin dans des établissements destinés à cet usage.

Les ostéites costales, venues tard en général, donnent pourtant d'assez bons résultats du point ne vue résection.

Nous venons de voir que les difficultés d'un traitement orthopédique résidaient :

1° Dans le stade parfois très avancé des lésions ;

2° Dans la mentalité de l'indigène que cet appareil dérange. Elles ont une cause profonde aussi dans les lamentables conditions d'hygiène où se trouvent l'Arabe pauvre.

Obligés, faute de place, et d'hôpitaux spécialisés de renvoyer les malades dans leurs maisons, ils y retrouvent la misère et la saleté. Les poux et les punaises se glissant entre le maillot doublant l'appareil et la peau obligent souvent à remplacer les plâtres au bout de deux mois à peine. Que d'enfants nous ont été ramenés ainsi sous prétexte qu'ils ne pouvaient plus dormir. Un appareil coûtant fort cher maintenant aux prix ac-

tuels des matières premières c'est une dépense supplémentaire pour l'hôpital.

Sans surveillance médicale ils laissent souvent de jeunes enfants mal tenus faire des excoriations qu'un peu de propreté et une échancrure de l'appareil eussent évitées. Nous étudierons tout à l'heure ce qui pourrait rendre la situation meilleure et les résultats plus satisfaisants.

TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE

245 sur 910 tuberculeux se sont présentés en 1926 porteurs d'adénites tuberculeuses. La plupart du temps ce sont des adénites cervicales et les écoliers sont très souvent atteints de cette affection. Les principales portes d'entrée sont l'eczéma, l'impétigo, la teigne, qui sont fréquentes chez ces enfants mal tenus,et la gale avec ses lésions de grattage en est une autre. Les petits indigènes, aux ongles et aux doigts sales atteints de n'importe quelle affection prurigineuse doivent forcément infecter leur système lymphatique.

Quelques-unes de ces adénites sont suppurées, beaucoup même fistulisées, mais un très grand nombre sont encore à l'état de crudité ; quantité également sont associées à la tuberculose pulmonaire.

La thérapeutique semblerait devoir se résumer dans la ponction et le traitement des adénites suppurées non fistulisées, dans une médication tonique pour tous les cas et dans une cure d'héliothérapie pour les ganglions encore crus.

Mais ce soleil, cet admirable guérisseur, est peu prisé dans son pays, nul n'y est prophète, dit-on, et la radiothérapie et les rayons ultra-violets obtiennent tous

les suffrages dans le milieu musulman. Exposer tous les jours son cou à la bienfaisante action du soleil est à la portée de tous, mais entrer dans une salle pleine d'appareils impressionnants, est un plaisir rare et la source d'une orgueilleuse satisfaction. De plus les résultats sont rapides et leur imagination est frappée.

La radiothérapie jouit d'une créance extraordinaire vis-à-vis de l'indigène. Radiographie, radioscopie, rayons ultra-violets, vous pouvez faire ce que vous voulez pourvu que vous les envoyiez « al carraba » textuellement « à la machine ». Ils attribuent, les plus naïfs du moins, une action magique à ces lampes mystérieuses, les plus instruits sont intimement persuadés que le médecin peut tout voir grâce à elles et tout guérir, et bien peu en comprennent le véritable but.

Soignés comme il convient, les malades porteurs d'adénites très volumineuses, les seuls qu'il soit possible d'hospitaliser, sont bientôt renvoyés chez eux où ils retrouvent leur lamentable genre de vie habituelle.

L'air marin si salutaire dans ces affections leur est refusé, faute d'établissements adéquats, qui rendraient certainement bien meilleurs encore des résultats déjà bons.

Les autres formes rencontrées encore sont les tuberculoses cutanées, et les fistules anales.

Sur 910 malades tuberculeux 92 en sont porteurs.

Les tuberculoses cutanées sont souvent associées à

la syphilis. Le soleil et surtout les rayons ultra-violets sont acceptés facilement comme traitement.

Les fistules anales sont assez nombreuses, elles sont envoyées au service septique pour y être opérées.

En 1926, 60 de ces malades ont subi cette intervention. Quelques-uns, étant venus déjà depuis de longs mois en 1925 et se décidant tout à coup. Cette affection les gêne et ils acceptent d'ordinaire assez vite l'idée d'une opération de ce genre.

La fréquence assez marquée de cette affection est due sans doute à la pédérastie si commune en Orient.

Disons maintenant deux mots des péritonites tuberculeuses. Elles nous arrivent souvent dans un état tel que rien ne peut être tenté. Les cas moins avancés sont laparotomisés dans le service de chirurgie aseptique.

La tuberculose laryngée est assez fréquente, mais la tuberculose rénale est par contre presque inconnue.

Quant aux méningites tuberculeuses elles terminent souvent comme métastases une évolution pulmonaire. Comme en France elles éclatent parfois au milieu du calme apparent. Les familles laissent assez difficilement leurs enfants à l'hôpital lorsqu'ils présentent des phénomènes méningés. Au cours de l'année 1926 deux petits indigènes seulement nous ont été confiés pour cette affection, mais 8 ou 10 suspects du même mal ont été emmenés par leurs parents qui n'ont voulu consentir à aucun examen de laboratoire pouvant nous éclairer sur la vraie nature des phénomènes méningés observés.

La conclusion que nous pouvons tirer de cette brève étude est la suivante : la tuberculose en Tunisie aug-

mente dans des proportions considérables. Jetons en effet un coup d'œil sur nos chiffres cités plus haut. Si nous comparons la statistique de 1922 et celle de 1926 nous voyons que pour 8.000 malades en 1926 nous avons 583 tuberculeux ainsi répartis : 315 tuberculeux pulmonaires, et 270 extra-pulmonaires, soit 3,93 % de tuberculeux pulmonaires et 3 % atteints d'autres formes.

En 1926, sur 7.700 malades 910 tuberculeux ! plus de 9 % dont 400 tuberculoses pulmonaires et 510 extra-pulmonaires !

Les tuberculoses pulmonaires semblent donc augmenter moins, proportionnellement, que les autres formes de bacillose. N'oublions pas qu'il a pu en échapper beaucoup à nos investigations et qu'il est plus facile au cours d'un examen rapide de déceler une tuberculose pulmonaire. Nous nous excusons de répéter ces chiffres, cela nous a semblé indispensable.

Si nous comparons cette statistique à celle de la Rabtat, hôpital mixte pour contagieux et tuberculeux, nous arrivons à la même conclusion.

En 1923, sur 190 malades, 29 étaient atteints de tuberculose pulmonaire, 57 de tuberculoses chirurgicales.

En 1924, sur 309 malades, 99 étaient atteints de tuberculoses médicales et 82 de tuberculoses chirurgicales.

En 1925, sur 455 malades, 88 étaient atteints au point de vue médical et 49 présentaient des affections chirurgicales d'origine tuberculeuse.

Enfin en 1926, sur 532 malades, 241 étaient atteints

de formes tuberculeuses médicales et 139 de formes chirurgicales.

Soit 45 sur 100 de tuberculeux ayant passé dans cet hôpital en 1922 contre 71 sur 100 en 1926.

Les médecins praticiens constatent la même extension de la tuberculose à propos de leur clientèle indigène, qui comprend pourtant en grande partie des sujets aisés. Chose non moins grave, l'élément européen est de plus en plus frappé.

Il importe donc de soigner énergiquement l'indigène qui forme ici un foyer de contagion intense pour sa famille et pour l'européen qui l'emploie souvent. Placé comme domestique dans une maison, comme chaouch dans une banque, comme comptable dans une administration il est un agent diffuseur de bacilles, d'autant plus redoutables qu'il prendra des précautions moindres.

Le péril est grand, se le cacher serait folie, il faut agir au plus vite.

Nous allons voir maintenant comment sont dépistés les indigènes tuberculeux, où on les soigne, où l'on essaie de préserver l'enfance : cela à Tunis seulement puisqu'elle est l'unique ville où soit ébauché quelque chose. Nous montrerons ensuite ce que l'on pourrait peut-être tenter de faire en tenant compte de la mentalité arabe faute de quoi toute l'œuvre est vouée à l'insuccès le plus complet.

Nous savons bien que l'argent est rare, ici comme partout, mais il n'est pas défendu de rêver une organisation qui s'impose de plus en plus et que nous espérons voir un jour se réaliser. Souhaitons-le aussi proche que le nécessite la gravité des faits.

Ils sont le fruit de beaucoup de dévouement et de beaucoup de bonne volonté et les Arabes devraient garder aux fondateurs et aux directeurs actuels de ces œuvres une reconnaissance infinie.

Le triage et le dépistage des tuberculeux indigènes se fait à l'hôpital Sadiki à la consultation que dirige M. le Dr Broc médecin-chef de l'hôpital, avec une compétence, une bonté, et aussi une patience, dignes de louanges. Nous l'aidons dans cette tâche.

Nous soumettons à un examen radioscopique nos malades suspects, nous les envoyons à la Rabta s'il y a lieu, et s'ils y consentent, nous leur faisons suivre chez eux un traitement approprié. Tous les remèdes sont ici délivrés gratuitement, nous l'avons déjà signalé d'ailleurs.

Si nous trouvons des malades atteints de tuberculose pulmonaire unilatérale nous essayons de les convaincre de l'utilité d'un pneumothorax dont nous surveillons les résultats grâce à des radioscopies fréquentes.

M. Jaubert de Baujeu, le radiographe de l'hôpital Sadiki a de ce fait un travail considérable car ici nous envoyons une moyenne de 20 malades pour radiogra-

phie ou radioscopie à chaque consultation. Si nous y ajoutons les malades de l'hôpital même le nombre est encore plus grand. Ce travail considérable n'est pas le seul qu'il ait à faire car le manque de crédits est cause que notre hôpital n'a pas d'installation de rayons ultra-violets. L'hôpital civil français en la personne de son radiographe, qui est le nôtre, les accueille. Nous avons cité ce fait pour montrer que toutes les bonnes volontés sont ici acquises à la lutte contre la tuberculose et arrivent parfois à suppléer au manque de capitaux.

Les tuberculoses osseuses curables sont envoyées vers les services de chirurgie que dirige avec une rare science M. le Dr Brun, chirurgien-chef et directeur de l'hôpital.

Nous n'avons fait allusion jusqu'ici qu'aux malades hommes. Le même triage est fait à la consultation des femmes par Mlle le Dr Gordou ; les malades admises dans le service de médecine sont envoyées, si besoin en est, vers la Rabta ou les services chirurgicaux, par Mme le Dr Brun qui dirige ce service où elle nous a comme interne. Qui dira jamais la patience et la bonté qu'elle peut avoir pour ces malades, souvent inintelligentes, et presque toujours ignorantes !

Faisons rapidement l'historique de cet hôpital pour montrer quelle œuvre immense il représente.

Son nom apparaît dans les *Annales tunisiennes* en 1880.

Qu'y avait-il ici avant lui ? Citons la thèse du Dr Coudray.

« Le premier hôpital musulman de Tunis fut fondé

vers le milieu du XI^e siècle de l'Hégire et par conséquent vers la fin du XVIII^e siècle de notre ère, par Hamouda Pacha dans un fondouk situé vers le milieu de la Kasba.

Quelle pouvait être son installation ?

Peu de documents sont parvenus jusqu'à nous capables de nous renseigner sur ce point.

Les services hospitaliers furent transférés dans une ancienne caserne de Jannissaires Beylicaux située dans le haut quartier de la Kasba. »

L'inspirateur de ce nouvel hôpital avait été le ministre Korédinne, mis en disgrâce ; il ne vit pas fonctionner l'œuvre qu'il avait rêvée et ce fut Si Mohamed Es Sadok bey qui inaugura cet établissement. Il reçut de ce fait le nom « d'hôpital Sadiki ».

L'inauguration en eut lieu le 1^er janvier 1880.

Guy de Maupassant dans *la Vie errante* en donne une description pittoresque mais qui semble évoquer un coin de *l'Enfer du Dante*.

Il nous montre la porte ouverte donnant sur la cour arabe et tout autour de cette cour des cellules étroites grillagées telles des cachots. C'est le domaine des fous ! « L'un d'eux passant sa main et l'agitant hors de cette cage cria quelques injures. Alors les autres se mirent à vociférer, tandis que sur la galerie du premier étage un Arabe à grande barbe coiffé d'un épais turban, le cou cerclé de colliers de cuivre laissait pendre avec nonchalance sur la balustrade un bras couvert de bracelets et des doigts chargés de bagues. Il souriait en écoutant ce bruit. C'est un fou, libre et tranquille qui se croit

le roi des rois et qui règne paisiblement sur les fous furieux enfermés en bas. »

Cette lamentable organisation devait persister jusqu'en 1902. Un seul changement à signaler : les aliénés mis dans un autre bâtiment avaient cédé leurs cabanons à des malades. La grande cour si délicieusement arabe avec sa fontaine, ses arcades et ses sveltes colonnes était entourée de sables dont le sol était couvert d'immondices.

Le premier étage réunissait dans une série de salles sombres une multitude de malades non classés.

Qu'était le personnel ? Ecoutons M. le Dr Brunswick le Bihan : « Il comprenait tout d'abord une série de personnages enturbannés, ignorant absolument le français, ignorant aussi, hélas ! l'existence du bulletin d'entrée et de sortie, des registres de pharmacie, des feuilles de température et de bien d'autres choses encore ; puis, les complétant dignement, quelques « infirmiers », manœuvres grossiers chargés des travaux de propreté ; enfin hochant sur le tout, un vieil Algérien parlant français et exerçant cumulativement les fonctions d'interprète, d'assistant et de chloroformisateur ».

Dans une pareille organisation comment un médecin, malgré sa bonne volonté aurait-il pu se reconnaître ? Le nombre des malades ? mystère ! les affections qu'ils présentaient à leur première venue s'il s'agissait d'anciens patients ? non moins insondable mystère.

C'est M. le Dr Brunswick le Bihan qui en 1902 réforma l'hôpital Sadiki, sa tâche fut continuée par ses succes-

seurs, aidée d'une administration éclairée et l'hôpital tel qu'il est conçu aujourd'hui avec son chirurgien-chef directeur M. le Dr Brun, son médecin-chef M. le Dr Broc et son directeur des services administratifs M. Grandsire, représente un modèle du genre.

Les malades sont soignés, leur nombre est connu, et grâce au système des fiches, applicables malheureusement chez les hommes seulement, le résultat de leur examen est consigné. Cet examen est parfois sommaire (songez que souvent le nombre d'indigènes venus à la consultation, dépasse 150 par matinée), mais il est néanmoins une indication. Les malades vus avec le plus de soins sont certainement les suspects de tuberculose pulmonaire car ici tout est mis en œuvre pour les dépister dès le début et les diriger sur la Rabta, ou les soigner sans interrompre leur vie habituelle s'ils se refusent à l'hospitalisation. Les tuberculoses non pulmonaires sont dirigées vers les services chirurgicaux si elles sont curables, et voici pour 1926 le relevé des interventions pratiquées dans un seul service : le « septique » pour les tuberculoses chirurgicales. Certains de ces malades n'étant pas des cas nouveaux mais venant depuis un an ou deux ans, nous donnons cette statistique uniquement pour montrer le nombre d'interventions pour affections tuberculeuses dans un *seul service* au cours d'une année, par rapport au nombre des interventions en général pratiquées dans ce même service et dans le même temps.

Statistique de l'année 1926.

Mal de Pott	21
Fistules anales	60
Adénites	38
Abcès froids	185
Coxalgie	10
Amputation (suite de tuberculose)	6
Tumeurs blanches du genou	40
Tumeurs blanches du coude	14
Résection des genoux et autres articulations	14
Pleurésies purulentes	5

Au total 393 interventions chirurgicales ou orthopédiques ont été pratiquées. Le nombre total des interventions du service en ce même temps était de 1.737.

L'effort réalisé ici est immense et l'on ne dira jamais assez ce que cet hôpital a fait pour les indigènes musulmans, Sadiki est pour eux un mot magique, ils l'ont en vénération et ce n'est que justice.

Nous pouvons sembler avoir disserté longuement sur cet établissement. Que cela nous soit pardonné : on aime à parler de ce qui vous est cher, et nous gardons à cette maison un souvenir reconnaissant pour tout ce que nos maîtres nous y ont enseigné, M. le Dr Broc en particulier, et pour l'extrême bienveillance que son directeur M. le Dr Brun a bien voulu nous témoigner en toutes circonstances, qu'ils trouvent ici ainsi que

Mme le Dr Brun l'hommage de ma profonde reconnaissance.

Ce n'est d'ailleurs pas uniquement l'attrait que nous ressentons pour cette maison qui nous a fait parler d'elle : sans cet établissement où dépisterait-on la tuberculose indigène ? Ce n'est donc pas nous écarter de notre sujet que de signaler Sadiki en tête des établissements luttant contre ce fléau en Tunisie.

Disons en passant deux mots des dispensaires, aucun n'est spécialisé au point de vue tuberculose et les malades semblant suspect nous sont envoyés à la consultation.

LA RABTA

Ancien lazaret créé en 1906 lors des épidémies de peste et de choléra il fut au début une série de baraques en bois flanquant quelques constructions arabes. Rien ne pouvait soupçonner alors sa future destination.

En 1909 il fut cloturé, on éleva des pavillons plus convenables et on édifia des magasins, un service de désinfection.

En 1912, l'établissement était rattaché à l'hôpital Sadiki, on y adjoignait une lingerie, une pharmacie, une cuisine.

Placée sur une hauteur où l'air est excellent, la Rabta devait attirer l'attention du gouvernement tunisien au point de vue de la tuberculose, et il décida d'en faire en plus d'un hôpital de contagieux, un hôpital pour tuberculeux, et de créer des pavillons à l'usage des malades que l'hôpital Sadiki ne peut ni ne doit conserver.

Il y a d'affecté à la Rabta pour le service des tuberculeux :

10 lits du pavillon des femmes.....	10 lits
1 pavillon de bois de	24 lits
2 pavillons de maçonnerie de 20 lits.	40 lits

Au total : 74 lits.

Une quantité aussi infime de lits pour une population de plus de 2.000.000 d'indigènes et chez une race que la tuberculose décime de plus en plus !

Un projet nouveau est à l'étude, un terrain de 9 hectares contigu à la Rabta a été acheté, on y construira plusieurs pavillons, dont quelques-uns seront affectés à la tuberculose ; un pavillon de 44 lits va être réservé aux tuberculeuses. 22 lits pour les formes pulmonaires, 22 lits pour les autres formes. Les frais monteront environ à 327.250 francs pour les constructions et à 50.000 francs pour le matériel. La moitié sera réalisée en 1927, l'autre en 1928. Ces modifications font honneur à une administration qui doit faire quelque chose avec presque rien car l'argent manque. Les deux pavillons de maçonnerie déjà construits, sans être luxueux sont néanmoins convenables avec leur préau d'insolation mais il était nécessaire de faire quelque chose pour les tuberculeuses femmes.

Celles-ci en effet n'ont aucune salle réservée pour elles. Les 10 lits qui leur sont réservés sont en fait partagés entre elles et des malades ne nécessitant pas l'admission dans d'autres pavillons.

Nous y avons trouvé les sujets suivants côte à côte

3 tuberculeuses pulmonaires cavitaires, 1 malade admise pour brûlures graves partiellement guéries, 1 amputée, 1 fracture de Dupuytren, 1 tumeur blanche du poignet femme dont l'enfant hérédo-syphilitique demeure à côté d'elle, et enfin 1 lépreuse.

Le service des enfants renferme les mêmes invraisemblances ; et médecins et administrateurs n'y peuvent

rien car il est impossible de construire sans argent.

D'autre part édifier des bâtiments en bois est peu pratique, l'une des baraques, non affectée en ce moment et réservée aux contagieux en est la preuve avec ses planches disjointes. Le chauffage y étant impossible, les malades doivent y souffrir du froid l'hiver.

Il est donc heureux que l'obstination de ceux qui s'occupent de la Rabta ait été enfin récompensée, ils réclamaient depuis longtemps des modifications qu'ils vont enfin avoir la joie de voir réaliser. Souhaitons qu'un avenir proche voit transformer le pavillon de bois des tuberculeux pulmonaires hommes en une bâtisse de maçonnerie. N'oublions pas que l'Arabe, bien que n'aimant pas la Rabta en raison de son ancienne destination commence à en comprendre le but, et demande parfois de lui-même à y être hospitalisé.

PRÉVENTORIUM DE KRAM

Cette œuvre n'est pas destinée aux musulmans. Si nous en parlons ici c'est qu'elle est le seul préventorium existant en Tunisie et qu'elle a malgré son affectation européenne reçu deux jeunes musulmans qui en ont d'ailleurs retiré le plus grand profit. Les demandes d'hospitalisation venant d'indigènes instruits prouvent que l'œuvre a conquis la confiance des Tunisiens et que d'autres établissements de ce genre seraient à souhaiter. Ils auraient certainement une vie active et ceux réservés aux jeunes Musulmans connaîtraient un succès que l'on peut prévoir déjà.

Cette œuvre a été fondée en 1902. Sa création est due entièrement à l'initiative privée.

M^me^ B..., sa fondatrice et directrice actuelle, émue de voir les enfants secourus par l'œuvre Willemin, alors existante, retourner dans des maisons contaminées où ils risquaient de devenir tuberculeux fit le rêve de les soustraire à cette contagion possible. Des fêtes données au théâtre antique de Carthage permirent de réunir les fonds suffisants pour envoyer 20 enfants respirer l'air pur des plages. Une petite villa fut louée au Kram, près de Tunis, plage basse, calme, ne présentant aucun

danger. Les enfants profitèrent si bien de ces quelques mois de repos que, septembre venu, Mme B... sentit qu'il lui était impossible de renvoyer ces enfants.

Le gouvernement fut intéressé, des visites prouvèrent que tout avait marché à souhait et pour le plus grand bien de tous en ces quelques mois et une somme de 3.000 francs fut donnée à l'œuvre.

En 1921, 15.000 francs viennent l'aider à vivre, et, en 1922, M. B... rêve d'accord avec sa femme d'acheter une maison plus vaste. Une construction arabe se trouvait en vente, elle était en mauvais état mais spacieuse.

En une matinée M. B... parvint à réunir, à titre de prêt, 60.000 francs, ils avaient été fournis par des admirateurs de l'œuvre naissante. Le gouvernement accordant 15.000 francs, les travaux sont commencés. Devant les changements effectués en peu de temps et comprenant l'utilité de cette œuvre les donateurs transforment leurs prêts en offrande. Les subventions gouvernementales sont de 30.000, puis de 50.000 et enfin dernièrement de 60.000 francs.

Les frais sont malheureusement du double.

L'administration est répartie de la manière suivante

Mme B... est la directrice aimée et respectée de tout ce petit monde. Elle est aidée d'une surveillante, une institutrice assure l'instruction des enfants.

Au point de vue médical M. le Dr Cattan s'occupe du service d'examen des enfants et de leur surveillance médicale ; il est aidé dans sa tâche par M. le Dr Lelouche.

Chaque enfant devient possesseur en entrant d'une

fiche portant sa nationalité, son âge et son poids à l'entrée. Cette fiche revêtue de son nom signalera aussi les incidents pathologiques qui ont pu se présenter au cours de son séjour.

En 1920, 20 enfants venant de l'œuvre Willemin bénéficient de cette institution. En 1927, 100 peuvent en profiter.

Le matin une classe réunit les plus grands, elle se transforme en dortoir l'été, recevant ainsi en surnombre au moment des vacances, quelques anciens petits pensionnaires de la maison.

Toutes les après-midi les enfants grands et petits se réunissent sur la plage.

Lorsqu'ils sortent guéris de l'établissement pour rentrer chez eux, ils ne sont pas oubliés pour cela et reviennent chaque dimanche, pour être suivis, vers la maison qui leur a rendu la santé. Ainsi que nous le disons plus haut certains retournent même à l'Institut héliothérapique pour y passer quelques semaines de vacances.

Cet établissement clair et gai, situé près du bord de la mer, comprend deux pavillons que sépare une cour intérieure, un pavillon de petites filles, un de garçons, renfermant l'un comme l'autre de vastes dortoirs aux lits impeccables, une salle d'isolement de cinq lits ; une salle de un lit est prévue en cas de malade vraiment grave, exigeant un isolement complet. Une installation de bains, bien comprise, est composée de la façon suivante : une salle pour les garçons, une pour les filles et la troisième pour les très jeunes enfants.

Un réfectoire aux grandes tables couvertes de nappes

rouges et une cuisine immense complètent la maison.

La plus parfaite propreté y règne. Les enfants dans ce milieu favorable reprennent vite les couleurs de la santé et je veux pour finir citer le cas d'une jeune Italienne entrée à l'Institut en novembre 1924 pesant 33 kilogrammes et âgée de 25 ans et qui en mai 1925 pesait 43 kilogrammes. Le cas d'une jeune Française et d'un jeune Musulman sont identiques.

Digne en tous points d'éloges et d'intérêt cette œuvre mériterait de ne pas être la seule et de voir, au point de vue indigène des établissements similaires s'ouvrir.

Voilà étudiés sommairement les trois œuvres existant en Tunisie pour dépister, recueillir et prévenir la tuberculose indigène, cette dernière création n'acceptant d'ailleurs de Musulmans qu'à titre exceptionnel et depuis un an seulement.

Il faut rendre hommage à ce qui a été fait mais se dire qu'il faut beaucoup plus encore.

Le péril est grand, il croît de jour en jour et il faut essayer d'y remédier.

Comment ? quelles sont les difficultés que vont rencontrer sur leur route ceux qui créeront ces œuvres ?

Les institutions nouvelles pourront-elles ressembler à celles de France ? Pourquoi ? et comment faire alors.

Nous allons essayer de répondre à ces questions déjà posées.

QUELLES ŒUVRES FONDER ?

Il faut lutter évidemment contre le fléau. La lutte est-elle aisée ? Elle est plus difficile ici que partout ailleurs peut-être. Si nous voulons traiter les Arabes comme des Européens nous n'arriverons à aucun résultat. Il leur faut des œuvres distinctes de celles créées pour des Français, car ni leur mentalité, ni leurs mœurs, ni leur genre de nourriture ne sauraient être compatibles avec les institutions existant en France ou dans les pays voisins.

L'Arabe ne se pliera jamais à une discipline stricte, des heures de silence imposées lui paraîtront une plaisanterie, s'il veut causer il parlera, personne au monde n'arrivera à l'en empêcher ; le jour où il lui prendra fantaisie de revoir sa maison sans air et sans lumière toutes les objections du médecin seront vaines.

Souvenons-nous que la déclaration des naissances est *obligatoire* ici depuis sept ans seulement dans les grands centres, nous parlons bien entendu pour les indigènes musulmans.

Avant les enfants naissaient et mourraient comme de jeunes chats. M. le Dr Broc nous a affirmé avoir vu

nombre de maisons où sous une dalle dans la cour, près du puits est enterré un enfant.

La vaccination obligatoire n'existe que depuis un an et demi environ, et dans les grands centres seulement. Il suffit pourtant de se promener cinq minutes dans les souks pour voir les ravages que causait cette maladie chez les anciens Arabes. La tuberculose est une maladie de longue durée qui nécessite des soins constants, l'indigène ne comprend pas que vous n'arriviez pas à le guérir en deux jours d'une affection qui dure depuis des mois et des années.

Combien de fois des malades atteints d'une tuberculose avancée protestent au bout de quinze jours de traitement, et cela en dépit du relèvement de l'état général, parce qu'ils toussent encore.

Combien de fois des parents nous ont-ils dit : « Tu as mis mon fils « dans le plâtre » voilà huit jours, tu vas le lui enlever maintenant » et l'explication donnée, l'assurance qu'il faut le garder encore trois mois, puis en remettre un autre, et un autre encore, cause une douloureuse surprise. Les classes instruites comprennent, mais les indigènes éclairés sont en petit nombre malheureusement.

Comment serait-il donc possible de lutter ?

Envisageons les moyens directs et indirects et pour cela prenons le plan de M. le professeur Léon Bernard dans son travail sur la tuberculose pulmonaire. Nous citons son ouvrage.

Moyens directs dirigés contre la contagion et qui sont :

Les dispensaires,

Les sanatorium,
Les hôpitaux spécialisés,
La préservation de l'enfance,
L'éducation.
Les moyens indirects :
Hygiène alimentaire,
Lutte contre l'alcoolisme,
Amélioration de l'habitation,
Hygiène générale.

Les dispensaires fonctionnant actuellement à Tunis et qui ne sont pas spécialisés pour la tuberculose ont assez de faveur auprès des indigènes qui s'y rendent volontiers, il y aurait donc à faire œuvre utile en ce sens.

Les infirmières visiteuses seraient certainement une des institutions les plus utiles à créer ici, il faudrait exiger d'elles une connaissance suffisante de la langue arabe et des mœurs du pays.

Ces infirmières auraient l'immense avantage de pénétrer librement dans les maisons en leur qualité de femmes et de dépister ainsi la tuberculose chez les Musulmanes. Les maris arabes n'aiment guère en effet appeler le médecin pour leurs femmes, ils le font souvent trop tard.

De plus ces infirmières pourraient montrer aux parents le danger qu'ils représentent pour leurs enfants, et comme les Arabes les aiment beaucoup en général, surtout leurs fils, on arriverait peut-être, avec beaucoup de temps et infiniment de patience à leur enseigner quelques notions élémentaires d'hygiène.

Ce dispensaire aurait besoin naturellement d'établissements complémentaires, sanatorium, hôpitaux.

Les sanatorium ne nous paraissent pas devoir être créés maintenant. Leur discipline ne saurait cadrer avec le caractère arabe, et il se passera sans doute bien des années avant qu'il en soit autrement.

Même les sanatorium fondés pour les anciens militaires tuberculeux auraient peu de chances de réussite.

Un Arabe est riche avec sa pension et on la supprime en entrant dans ces établissements.

Plus d'argent, plus de « caoua », plus de cigarettes. C'est trop à la fois pour qu'un Musulman s'y résigne. et peut-être un malade sur 1.000 entrerait dans de tels établissements.

Il nous semblerait plus utile de développer les hôpitaux spécialisés où les indigènes reçoivent des soins qui les remettent en bon état général pour quelque temps, et qui offrent aussi un abri à tous les pauvres malheureux qui arrivent chercher une aide quand plus rien ne peut être tenté ! Se sentant très malades ils demandent un lit, des remèdes qui puissent leur rendre un peu de calme.

Les indigènes peu atteints ne demanderaient d'ailleurs qu'une chose, dès qu'ils se sentiraient plus forts : partir.

Nous avons vu au cours de ces notes les projets d'agrandissement de la Rabta,il serait bon de bâtir encore d'autres pavillons de maçonnerie et de créer des hôpi-

taux semblables à Sousse et Sfax, ils recevraient les malades envoyés par le dispensaire de la région.

Le *préventorium* aurait certainement des succès dans les classes éclairées et moyennes et beaucoup d'établissements comme ceux du Kram devaient être tentés et construits. Nous connaissons ici nombre d'Arabes tuberculeux de classe pauvre qui demandent à soustraire leurs enfants au mal et à être débarrassés d'une charge trop lourde pour eux, un établissement comme celui dont nous avons parlé ferait donc d'excellente besogne. Mais une des œuvres les plus utiles est sans contredit l'*éducation* et nous allons voir comment nous pensons qu'elle pourrait être comprise.

Beaucoup d'enfants fréquentent l'école franco-arabe où on leur donne des notions d'hygiène élémentaire. Ces enfants forment un centre de diffusion dans leur famille. Il y aurait avantage à insister sur les questions d'hygiène spécialisé et particulièrement sur la prophylaxie tuberculeuse. Il ne resterait que peu de choses de ces leçons dans les petites têtes qui les écouteraient, mais ce peu serait déjà un immense progrès.

Il y a aussi à créer des institutions qui nous semblent propres à la Tunisie. D'abord la visite médicale des étudiants. Ce contrôle sera toujours difficile étant donné que les locaux dépendent d'une administration, et que les places dans les medersahs sont distribuées par une autre. Il serait néanmoins possible de veiller un peu à leur nourriture et d'exercer quand même une certaine surveillance médicale. Il faut se rendre compte que ces jeunes gens, souvent contaminés, vont, une fois leurs

études finies porter le mal dans des coins du Bled qui peuvent être peu touchés. Il serait possible aussi de créer des locaux tels que chaque étudiant ait sa cellule. Il y aurait à créer aussi des *écoles professionnelles* en grand nombre. Ce serait une prophylaxie parfaite que de fournir à ces jeunes gens un métier lucratif, et que de leur donner des habitudes de travail.

Des écoles spécialisées pourraient recueillir les candidats à la tuberculose en leur donnant à faire un travail peu fatiguant mais payé de manière raisonnable. Les jardins maraîchers adjoints aux écoles, comme celles de Gabès, de Wabeul, de Soliman feront d'excellente besogne en permettant la vie au grand air dans des conditions favorables. C'est un heureux début.

Enfin des *centres agricoles* réuniraient les malades curables ou supposés tels, pouvant travailler et qui par leur salaire assureraient la subsistance de leur famille tout en se guérissant.

N'oublions pas que l'Arabe quitte volontiers sa maison pour aller au loin gagner sa vie et qu'il n'aurait aucune répugnance à s'éloigner des siens dans ces conditions.

Ces fermes-écoles ne seraient peut-être pas impossible à créer. Il faudrait les mettre sous la surveillance du médecin de colonisation le plus proche, ce qui serait aisé.

Les bénéfices réalisés par le travail des indigènes couvriraient certainement les frais de nourriture et de dortoirs. Il ne s'agirait là bien entendu que d'une

série de malades à formes peu avancées, compatible avec un travail léger, peu prolongé.

En cas de maladies les hôpitaux spécialisés prendraient les indigènes et ce serait peut-être là la meilleure manière de leur faire comprendre, pour beaucoup plus tard, l'utilité des sanatoriums.

Voilà donc comment nous pensons qu'il serait possible d'organiser la lutte contre la tuberculose pulmonaire.

La tuberculose osseuse nécessiterait des instituts multiples, il en faudrait au début trois au moins : à Tunis, à Sousse, à Sfax. Les Arabes accepteraient pour eux-mêmes et leurs enfants des établissements où ils seraient soignés sans faire tous les six mois la grosse dépense d'un voyage à Tunis pour changer un appareil. Que l'on songe à l'expédition que représente pour une famille habitant à 30 ou 40 kilomètres du médecin, en pleine montagne, en plein bled, le changement d'un appareil de coxalgie chez un enfant de 12 ou 13 ans. Les parents n'aimeraient-ils pas mieux le savoir dans un lit, bien calme, que de lui imposer ce pénible voyage? Si nous affirmons qu'il en serait ainsi c'est que nous avons vu dorénavant plusieurs Arabes habitant en rase campagne demander une hospitalisation. Ces établissements la rendraient possible et permettraient d'assurer une surveillance médicale soignée. Le nombre des guérisons augmenteraient, la confiance de l'indigène aussi, et tous y trouveraient leur compte.

N'oublions pas de plus qu'un tuberculeux osseux, est souvent voué à une impotence presque complète s'il

n'est pas soigné. Nous parlons en ce moment des ostéo-arthrites, et qu'il deviendra fatalement, s'il est pauvre, un client pour l'hospice ou un mendiant ! Entre ces alternatives et celles de rendre un homme à sa vie normale il est impossible d'hésiter.

Voilà donc terminée l'étude de ce qu'il serait peut-être possible de faire ici en nous plaçant au point de vue des moyens directs. Ce qui ne sera pas aisé faute d'argent.

Les *moyens indirects* ne sont pas plus commodes à réaliser. L'hygiène individuelle, l'hygiène alimentaire, l'hygiène de l'habitation sont trois graves questions, bien difficiles à résoudre.

Nous nous heurterons à des traditions séculaires. Les femmes portent un voile qui les empêchent de respirer l'air pur ; mais leurs mères étaient ainsi, et les grands-mères de leurs mères, il faudrait une loi pour l'interdire et au prix de quel tapage !

Il en est de même au point de vue alimentation, le kouskous se mangera toujours avec une sauce si épicée que nos palais européens ne s'y peuvent habituer, et un piment avec un morceau de pain représentera toujours un rare régal ! Ce n'est que l'enfant instruit à l'école qui pourra donner l'idée d'une réforme dans sa propre maison, et agir différemment plus tard.

Quant à l'hygiène de l'habitation, l'infirmière visiteuse peut y faire plus que n'importe quelle autre personne et c'est pourquoi elle serait si utile ici.

Certains Arabes réalisant l'insalubrité de leurs maisons recherchent un air pur et des pièces convenables.

Certaines agglomérations de maisons à bon marché se sont fondées à la périphérie de la ville, El Omrane, entr'autre ; et les petites habitations claires mi-arabes mi-européennes avec leurs gentils jardins forment un heureux contraste avec les maisons indigènes de Tunis. Nous connaissons certains de leurs habitants, nous pouvons affirmer que les nombreuses familles y croissent à merveille.

Mais les moyens de transports sont coûteux et éloignés et le petit ouvrier chargé de famille doit se contenter de beaucoup moins bien dans des bâtiments réunissant plusieurs ménages indigènes.

Un fondouk municipal représente aussi une œuvre utile. Ici avons-nous à lutter contre l'alcoolisme ?

Il existe en grande ville, surtout, mais il est clandestin, il serait peut-être plus utile de lutter contre l'abus du thé qui anémie et déprime la race arabe ainsi que le montrait le Dr Diguingli récemment.

Voici beaucoup de projets ? Que compte faire le gouvernement ?

En 1918 l'œuvre Willemin fondait ici un dispensaire ; en 1925 il fermait ses portes *faute de capitaux.*

D'ailleurs où aurait-il envoyé ses malades puisqu'aucune formation sanitaire n'existait pour les recevoir ?

Si l'on veut créer un dispensaire il faut ouvrir aussi des hôpitaux spécialisés car Sadiki ne peut recevoir d'autres malades que ceux de sa consultation.

Autrement ce dispensaire constatera le fléau sans y apporter de remède.

Le gouvernement rêve d'ouvrir un établissement à

type Calmette sous la direction d'un médecin spécialisé, il rêve comme nous l'avons dit d'agrandir la Rabta, de prendre à sa charge une partie des frais de l'Institut héliothérapique du Kram et d'obtenir ainsi la moitié de ses lits. Il faut souhaiter que ces 40 lits soient alors mis partie à la disposition des Européens partie à celle des indigènes, en attendant d'autres bâtiments.

Dans les petites villes le médecin de colonisation dépisterait et enverrait les malades aux hôpitaux de sa région. Car le gouvernement souhaite pour Sousse et Sfax l'organisation qu'il rêve pour Tunis.

Le budget du début pourrait être le suivant :

Nous communiquons là des chiffres relevés dans un article des Dr Conseil, Masselot et Gobert.

Traitement du médecin-chef....	25.000
4 infirmières visiteuses à 12.000.	48.000
Frais généraux	10.000
30 lits de préventorium à 5 fr...	54.000
30 lits hôpital à 20 fr.....	219.000
Soit au total	356.750

Des projets sont donc en cours, M. Gobert qui dirige les services d'assistance s'y donne activement et d'autres avec lui, mais le gouvernement est pauvre. Il est néanmoins urgent que la lutte soit entreprise de suite. La première économie serait de faire un dispensaire unique servant un jour pour les Européens un jour pour les Arabes.

Puisse cette lutte si utile être entreprise le plus vite possible pour le bien de tous et le plus grand renom de la France.

CONCLUSIONS

1° La tuberculose est un fléau qui croît d'année en année en Tunisie, favorisée par la mentalité et les mœurs des indigènes musulmans.

Une affection qui, en 1926, frappe plus de 10 % des malades nouveaux observés, mérite qu'on y prenne garde.

2° Faute d'argent, les établissements qui sont réservés à la lutte contre la tuberculose sont au nombre de trois, pour la Tunisie tout entière :

Un établissement de dépistage : l'hôpital Sadiki.

Un hôpital spécialisé incomplet : La Rabta.

Et enfin un préventorium : l'Institut du Kram.

Ce dernier ne recevant de jeunes Musulmans qu'à titre exceptionnel depuis un an.

3° De nouvelles fondations sont indispensables, on pourrait les résumer ainsi :

a) Un dispensaire avec infirmières visiteuses.

b) Des hôpitaux spécialisés auxquels le médecin-chef du dispensaire enverrait les malades reconnus atteints.

c) Des préventorium multiples pour recueillir l'enfance menacée.

Ces œuvres indispensables auraient besoin d'être entreprises promptement. Par contre aucun sanatorium n'aurait à être prévu, en raison du caractère de l'indigène musulman qui ne saurait l'accepter.

Les établissements à créer devraient être répétés à Sousse et à Sfax, formant ainsi avec Tunis trois centres de lutte antituberculeuse.

d) Enfin créer des hôpitaux pour le traitement de la tuberculose osseuse, et cela à proximité des trois villes citées plus haut.

4° D'autres œuvres, d'ordre spécial, serait également à créer.

a) Ecoles professionnelles pour diriger l'enfant vers un travail assez lucratif.

b) Œuvres spéciales pour tuberculeux peu atteints : fermes-écoles en particulier.

c) Insister sur la surveillance indispensable du point de vue médical des étudiants musulmans.

d) Nécessité d'une instruction plus soignée de l'enfant, qui seul, dans sa maison maintenant, à son foyer plus tard, pourra faire connaître une hygiène meilleure.

5° Une ébauche de lutte a été entreprise par le gouvernement, elle est minime faute de capitaux. Elle indique néanmoins que l'attention publique est de plus en plus retenue par ce fléau croissant qui menace non seulement les indigènes mais les Européens qui vivent à leur contact.

6° La France se doit d'établir ici les institutions nécessaires à cette lutte, elle se le doit parce qu'elle n'a jamais reculé devant aucune œuvre de charité, et qu'elle sait qu'elle gagnera ainsi plus de cœurs encore en cette terre africaine.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu : le Président de la thèse
L. BERNARD.

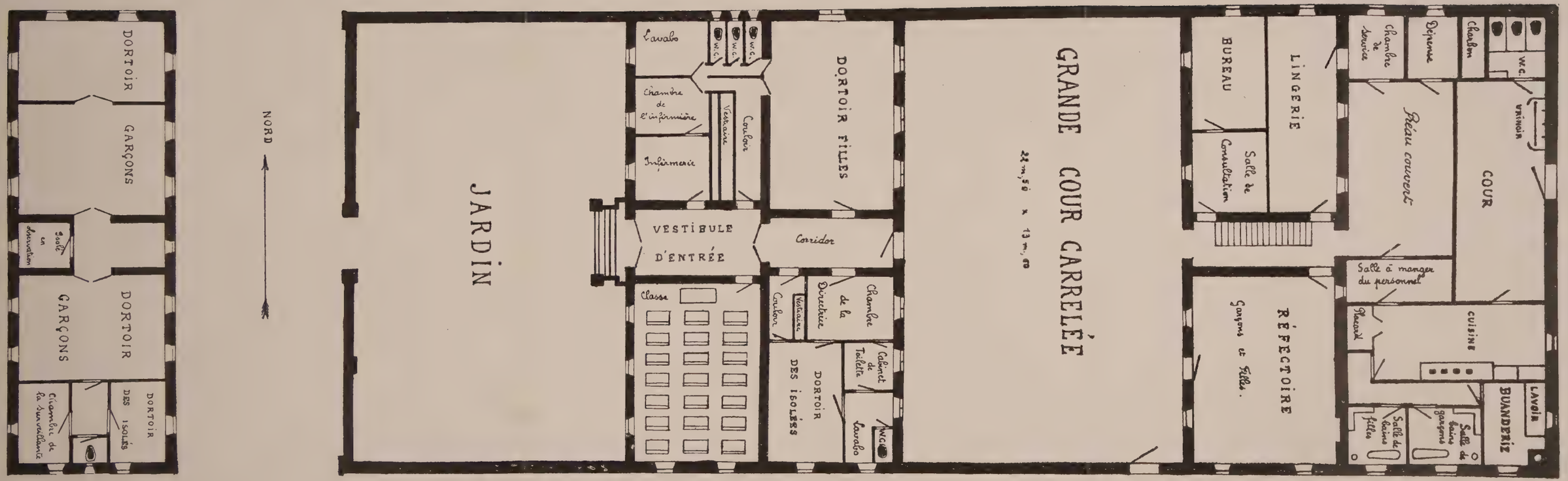
Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

Fig. 1. — Tunis. — Lazaret de la Rabta
(Annexe de l'Hôpital Sadiki)
Vue extérieure d'un pavillon de tuberculeux

Fig. 2. — Tunis. — Lazaret de la Rabta
(Annexe de l'Hôpital Sadiki)
Vue intérieure d'un pavillon de tuberculeux

Fig. 3. — Le Kram (Tunisie)

L'Institut héliothérapique du Kram
U.F.F. Comité de Carthage



PLAN DU 1er ETAGE PAVILLON DES GARÇONS.

Echelle : 0,m005 par mètre

Institut héliothérapique infantile du Kram

(Tunisie)

PLAN D'ENSEMBLE

Situé à quelques 15 kilomètres de Tunis, en bordure de la route de la Goulette à Carthage,
l'Institut héliothérapique du Kram comprend :

2 pavillons :

1 pour les garçons,

1 pour les filles.

séparés par une vaste cour d'allée.

En avant du bâtiment se trouve un vaste jardin, dont une partie seulement a été représentée sur le plan ci-contre.

Le pavillon des garçons comporte un étage dont la disposition a été figurée.

Le pavillon des filles a subi récemment quelques modifications non indiquées sur le plan ci-contre, en particulier en ce qui concerne les dortoirs et les terrasses.

BIBLIOGRAPHIE

Astruc (Dr E.-J.). — Les pratiques révulsives chez les musulmans de l'Afrique du Nord. Thèse Toulouse, 1912.

Bernard (Prof. Léon). — La tuberculose pulmonaire. Etude de phtisiologie clinique et sociale.

Broc (Dr René) et Duplenne (Mme). — Note sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel dans la classe indigène musulmane pauvre. *Revue tunisienne des Sciences médicales*, no 3, année 1927.

Broc (Dr René), Biecheler (Dr) et Duplenne (Mme). — La tuberculose à la consultation de l'Hôpital Sadiki pendant les années 1922 et 1926. *Revue tunisienne des Sciences médicales*, no 5, année 1927.

Brunswic-le-Bihan (Dr). — L'Hôpital Sadiki et l'assistance médicale indigène en Tunisie. *Presse médicale*, 17 juin 1905, p. 377.

— La tuberculose chez les Arabes. Congrès internationnal de la Tuberculose. Paris, 1905.

— Projet d'organisation de l'assistance médicale en Tunisie. Rapport présenté à la commission de réorganisation de l'assistance publique. Tunis, 1906.

Chérouvrier (Dr). — Essai sur quelques modes de thérapeutique d'un usage courant chez les indigènes musulmans de Tunisie. Th. Paris, 1926.

Conseil, Gobert et Masselot (Drs). — La tuberculose en Tunisie. Projet d'organisation de la lutte antituberculeuse.

Coudray (Dr J.) — Considération sur l'Hôpital Sadiki et la Pathologie chirurgicale indigène en Tunisie. Thèse Montpellier, 1914.

LACASCADE (Dr Renée). — Etude sur la puériculture au Maroc. Thèse Paris, 1922.

LADJIMI (Dr). — L'empirisme médical chez les musulmans Tunisiens. Thèse Lyon, 1920.

MASSELOT (Dr). — Tuberculose et pseudo-tuberculose chez les militaires indigènes.

MAURAN et COLOMBANI (Drs). — Le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique au Maroc.

MAUPASSANT (G. de). — La vie errante.

SPILLMANN (L.) et PARISOT (J.) (Drs). — Guérir est bien, Prévenir est mieux.

7721-Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris-6-1927

386